

転 医 届

認定番号

〇〇〇〇-〇〇〇〇

被災職員	所属・所在地	東京都〇〇局〇〇部 新宿区西新宿2-8-1	
	住所・氏名	東京都〇〇市〇丁目〇番〇号 新宿 太郎	
	認定傷病名	左膝半月板断裂	
現在受診している診療機関	所在地	千代田区平河町〇-〇-〇	
	名称	千代田整形外科クリニック	
	療養期間	令和5年1月6日から令和5年1月9日まで	3日間
転医先の診療機関	所在地	千代田区平河町〇-〇-〇	
	名称	平河整形外科病院	
	転医年月日	令和5年1月10日 から	
医師の証明	転医の理由	以下の該当する転医理由の番号に〇をしてください。 1 自宅に近いため 2 勤務先に近いため ③ 当院医師が療養上必要と認めて指示したため 4 その他（4を選択した場合は、理由を記載してください。）	
	証明	上記理由により「転医先の医療機関」へ転医させたことを証明します。 令和5年1月11日 診療機関の { 所在地 千代田区平河町〇-〇-〇 名称 平クリニック 担当医師 平河 三郎	
上記のとおり届出いたします。 令和5年1月20日 被災職員氏名 新宿 太郎 (自署又は押印)			

注1 転医先の主治医等に認定傷病名を告げること。

2 転医先の診断で、傷病名が異なるときは、速やかに所属担当者に連絡すること。